

保健所長 様

(届出者)
住 所
氏 名 印
受診者との続柄 ()
電話番号

長野県特定疾病医療費医療受給者証返還届

下記の理由により特定疾病医療費医療受給者証を返還します。

記

受給者	氏 名	
	住 所	
特定疾病医療費 受給者番号		
返還の事由	1. 県外転出 2. 病気の治ゆ (医療不要) 3. 死亡 4. その他 ()	
返還事由発生日	年 月 日	

※特定疾病医療費医療受給者証を添付すること。